Aus der Poliklinik für Ohren und Kehlkopfkranke
des
Herrn Professor Dr. Körner zu Rostock.

Ueber Spontanheilung von Ohrcholesteatomen.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

vorgelegt der

hohen medicinischen Facultät der Universität Rostock

von

Konrad Redmer, approb. Arzt
aus
Loebau Westpr.

Danzig.
Buchdruckerei von J. Czyżewski
1895.

Seinen teuren Eltern

in kindlicher Liebe gewidmet.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553622_0005

Es giebt Eiterungen im Schlaefenbein und in der Paukenhöle, welche in der Weise spontan ausheilen, dass die Krankheitsproducte — namentlich Cholesteatommassen — auf dem natürlichen Wege durch den äusseren Gehörgang ausgestossen werden, und dass gleichzeitig teils durch Usur, teils durch Einschmelzungs- oder Nacrotisirungsprocesse im Knochen eigentümlich gestaltete Hohlräume im Schläfenbein geschaffen werden, die sich mit Epidermis auskleiden. Alle derartigen Fälle zeigen eine grosse Uebereinstimmung bezüglich der Form dieser Höle, und Zaufal hat mit Recht hervorgehoben, dass solche durch Spontanheilung entstehenden Höhlenbildungen ganz und gar denjenigen gleichen, welche wir mit Hülfe einiger neueren Operationsmethoden

bei chronischen Mittelohr- und Schläfenbeineiterungen künstlich herbeiführen.

Es scheint uns ein grosses Interesse zu bieten, solche Fälle zu sammeln und zu untersuchen, unter welchen Bedingungen dergleichen Spontanheilungen zustande kommen. Man kann nämlich mit vieler Wahrscheinlichkeit annehmen, dass eine genauere Kenntniss dieser Verhältnisse von Wichtigkeit werden kann für die weitere Ausbildung der erwähnten Operationsmethoden, denn es kann keinem Zweifel unterliegen, dass die vollkommensten Methoden diejenigen sind, welche einen Naturheilungsprocess auf's beste nachahmen.

Wir sind in der Lage vier hierher gehörige Fälle genauer beschreiben zu können. Ohne Zweifel sind derartige Spontanheilungen nicht so selten, als dies nach der geringen Beachtungdie sie bisher gefunden haben scheint. In der Literatur fanden wir gar keine Fälle ausführlicher beschrieben, die wir als ganz gleichartig mit unseren betrachten können. Es liegt dies wohl an der Schwierigkeit einer solchen Beschreibung des Befundes, die auch für Andere einen derartigen Fall klar und verständlich machen könnte. Diese Schwierigkeit ist nunmehr gehoben, seitdem

uns die Operationen von Zaufal, Stacke und anderen, welche zur Beseitigung chronischer Mittelohreiterungen angegeben worden sind, an gewisse räumliche Vorstellungen und ganz bestimmte Bezeichnungen und Ausdrucksweisen gewöhnt haben. Jetzt wird hier auch eine allgemein verständliche Beschreibung der in Rede stehenden Spontanheilungsprocesse recht wohl möglich, sobald sich diese Beschreibung anlehnt an die uns geläufigen Operationsmethoden, die, wie wir bereits erwähnt haben, in ihrem Endeffect mit den Spontanheilungen übereinstimmen. So ist es heutzutage jeden Ohrenarzt verständlich, wenn wir davon sprechen, dass wir durch eine Operation [durch Wegnahme der hinteren oberen Gehörgangswand, sowie der lateralen Wand des antrum mastoideum] — Gehörgang, Pauken und Warzenhöhle in einen einzigen Hohlraum verwandeln. Der Mangel an solchen hülfreichen Erinnerungsbildern erschwerte also früheren Autoren die Beschreibung derartiger Fälle und verhindert uns, aus älteren vorhandenen Beschreibung zu erkennen, ob diese Fälle der von uns genannten Katerogie zuzuzählen sind. Wir denken hierbei namentlich an einige der von Hummel in seiner Arbeit über „Capalitätsbe-

stimmungen des Gehörgangs unter normalen und pathologischen Verhältnissen" beschriebenen Fälle.

Es scheint, dass diese Spontanheilung vorzugsweise, wenn nicht ausschliesslich durch die ursurirende Wirkung von „Cholesteatomen" zustande kommen, deren schliessliche Spontanevolution per vias naturales, d. h. durch den äusseren Gehörgang erfolgt. Leider erschwert zur Zeit noch die ausserordentlich grosse Verwirrung, welche in der Cholesteatomfrage herrscht, die definitive und klare Beantwortung dieser Frage ganz bedeutend.

Diese Verwirrung besteht zunächst infolge der Schwierigkeit der Beantwortung der pathologisch-anatomischen Frage: was ist ein Cholestantom und wie ist dasselbe entstanden? Bekanntlich ist ein langer Streit zwischen den pathologischen Anatomen und den Ohrenärzten in der Weise entschieden, dass beide Parteien Recht haben. Es giebt Cholesteatome im Ohre, die im Sinne der pathologischen Anatomen übereinstimmen mit denjenigen Cholesteatomen, die in anderen Schädelknochen, sowie im Gehirn, an den Meningen, in der Brustdrüse, im Eierstock und im Hoden gefunden werden. Diese müssen

ohne Zweifel als wahre Tumoren und zwar keineswegs als humologe, sondern vielmehr als echte heterologe aufgefasst werden.

Kuhn gebührt das Verdienst zuerst von den Ohrenärzten auf eine solche Entstehungsweise von Cholesteatomen des Ohres aufmerksam gemacht zu haben. An der Hand mehrere Fälle konnte er den Nachweis führen, dass die gefunden Cholesteatome echte Geschwülste darstellen und nicht im Verlaufe chronischer Ohreiterungen entstanden waren. So zeigte er, dass Cholesteatome sich gebildet hatten, ohne dass Trommelfell- oder Gehörgangsfisteln vorhanden waren. In anderen Fällen wiederum war die Eiterung so kurzen Datums, dass sie unmöglich für die Ursache der Neubildung angesehen werden konnte.

Zweiffellos aber giebt es zahlreiche Fälle, von Anhäufung cholesteatomähnlicher Massen in den Mittelohrräumen, die nach Ohreiterungen, also secundär entstehen, und zwar in der Weise, wie es Habermann und Bezold annehmen. Beide vertreten die Ansicht, dass die Epidermis des perforirten Trommelfells oder des äusseren Gehörgangs in die Knochenhöhlen des Mittelohrs

hineinwächst, und dass es, während die Entzündung fortdauert, zu einer Ueberproduction von Epidermis, und infolge davon zu Cholesteatombildung komme. Nur über die Ursache der Perforation des Trommelfells gehen die Meinungen der beiden Autoren auseinander. Habermann meint, dass eine Mittelohreiterung von innen her die Perforation bewirke, Bezold hingegen führt dieselbe auf einen häufig wiederkehrenden catarrhalischen Tubenverschluss zurück, in dessen Verlauf die Shrapnell'sche Membran aus bekannten Ursachen gegen den Prussack'schen Raum gedrängt wird, einreisst und mit der Umgebung verwächst.

Nachdem es somit feststeht, dass diese beiden Arten von „Cholesteatom" im Ohr vorkommen, ist es ganz unbegreiflich, wie in der ohrenärztlichen Literatur diese beiden Dinge noch mit demselben Namen belegt werden können. Unter Cholesteatom im Ohr, kann und darf nichts anderes verstanden werden, als das, was die pathologischen Anatomen auch an anderen Stellen des Körpers als solches bezeichnen — im Sinne Virchow's als heterologischer Geschwulst also Fälle, wie sie z. B. Kuhn beschrieben hat. Alle anderen secundär entstandenen Epidermisanhäu-

fungen dürfen niemals „Cholesteatom“ sondern nur „cholesteatomähnliche Retentionsmassen“ oder „Epidermisüberproductionen“ genannt werden. Man muss diese Unterscheidung streng durchzuführen suchen, wenn auch zur Zeit leider noch die practische Schwierigkeit besteht, diese verschiedenen Arten, die in ihrem Endeffect so ähnlich sind, auseinander zu halten. Leicht ist die Erkennung der wahren und echten Cholesteatome in der Leiche, wenn man dieselben in den Hohlräumen des Schläfenbeins findet, ohne dass eine Eiterung in der Paukenhöhle bestanden hat. Sobald aber ein solches Cholesteatom durch eine zufällig hinzugekommene Eiterung inficirt worden ist und nun dadurch den Eiterungsprocess im Gange erhält, wird schon die anatomische, noch viel mehr aber die klinische Unterscheidung von den secundären Epidermisüberproductionen schwer oder gar unmöglich. Und in der That findet man bei Durchsicht der einschlägigen Litteratur sehr oft solche Beschreibungen, bei denen man im Zweifel ist, ob man die erwähnten Fälle als Cholesteatome im Sinne Virchov's oder im Sinne Habermann's und Bezold's ansehen soll. Gar oft kann man auch das Bedenken nicht unterdrücken, ob nicht eingedickte

und verkäste Eitermassen im antrum mestoideum und im recessus epitympanicus als Cholesteatom bezeichnet worden sind. So ist es z. B. auffallend, wenn Jansen* in einer fortlaufenden Reihe von 12 Operationen, die er wegen Sinusphlebitis ausführte, neunmal Cholesteatom im antrum mastoideum bzw. recessus epitympanicus gefunden haben will. Es giebt nur einen Befund, der sich klinisch für die Differenzialdiagnose zwischen dem wahren Cholesteatom und der Ueberproduction von Epidermis in den Mittelohrräumen verwerten lässt. Bezold hat im weiteren Verfolge seiner Beobachtungen über das Hineinwachsen von Epidermis in die Mittelohrräumen die Vermutung ausgesprochen, dass solches nur stattfinden könne, wo die Epidermis des Trommelfells durch eine Art Brückenbildung auf die Schleimhaut der Paukenhöhle übergeführt sei, d. h. bei Verwachsung eines Perforationsrandes mit der Mittelohrschleimheit, oder bei Zerstörung des Trommelfells bis zum Rande, nicht aber bei centralen, nicht verwachsenen Perforationen. Wenn diese Annahme richtig ist — und sie ist wahrscheinlich richtig — so spricht eine

* Volkmann's Klinische Vorträge, „Neue Folge" No. 130.

Verwachsung des Perforationsrandes mit der Schleimhaut der Paukenhöhle oder die Ausdehnung der Perforation bis zum Trommelfellrande in zweifelhaften Fällen für die Diagnose der Epidermisüberproduction und Anhäufung in den Mittelohrräumen, nicht aber wie Bezold in unrichtiger Anwendung des Wortes sagt, für Cholesteatom.

Die Schwierigkeit, diese verschiedenen Erkrankungen klinisch auseinander zu halten, mag wohl daran schuld sein, dass man sowohl bezüglich der Prognose als auch bezüglich der Methode der operativen Behandlung des Cholesteatoms bis jetzt noch sehr geteilter Meinung ist.

Zwei Ansichten stehen sich da vornehmlich gegenüber. Schwartze und seine Schüler behaupten, dass man in Hinsicht darauf, dass Recidive fast niemals ausbleiben, nach Eröffnung des Warzenfortsatzes durch Transplantation von Hautstücken eine permanente Oeffnung hinter dem Ohre schaffen müsse, durch die dann jedesmal die krankhaften Massen entfernt werden können. Demgegenüber hofft Zaufal diese Höhlenbildungen hinter dem Ohre vermeiden zu können, und zwar dadurch, dass er durch ausgiebigste Entfernung der pathologischen Massen und gründliche Aus

räumung ihrer Umgebung das Eintreten von Recidiven verhindert. Er empfiehlt deshalb die Erweiterung des Gehörgangs nach hinten und oben und möglichste Freilegung der erkrankten Partien, und sucht eine Epidermisirung der entstandenen Knochenhöhle vom Gehörgang aus zu erzielen.

Diese beiden Operationsmethoden — auf die mancherlei von verschiedenen Autoren angegebenen Modificationen derselben gehen wir hier nicht ein — weichen also insofern von einander ab, als Schwartze eine Oeffnung hinter dem Gehörgang schafft, während Zaufal dieselbe in den Gehörgang hinein verlegt. Es handelt sich also nur um Verschiedenheiten in der Lage und in der Grösse der permanenten Oeffnung. Offenbar kann diese nur den Zweck haben, die Höhle möglichst trocken zu halten und ihre dauernde Besichtigung möglich zu machen. Wenn das nun vom Gehörgange aus sich mit dauerndem Erfolge erreichen lässt, wird niemand mehr principiell die abscheulichen Löcher hinter dem Ohre anlegen.

Die von Zaufal angegebene Operation bildet, wie bereits erwähnt, ähnliche Hoehlen, wie sie der Naturheilungsprocess mitunter zu stande

bringt — es ist somit wahrscheinlich, dass Zaufal den richtigen Weg eingeschlagen hat. Es scheint uns daher zur Lösung der Frage nicht unwichtig, die Beschreibung von vier Fällen von Spontanheilung bei Ohrcholesteatom und cholesteatom-ähnlichen Processen genauer zu verfolgen.

Von dem ersten Falle kennen wir nur den Schädel. Dieser befindet sich im anatomischen Museum zu Rostock, der zweite Fall stammt noch aus der früheren Frankfurter Privatpraxis des Herrn Professor Körner, die beiden letzten kamen kürzlich in hiesiger Poliklinik für Ohren- und Kehlkopfkranke zur Beobachtung.

I. Fall.

Weiblicher Schädel von 20—25 Jahren. An beiden Warzenfortsätzen ist die äussere Fläche in sagittaler Richtung abgesägt, so dass die Hohlräume frei zu Tage liegen. Während nun auf der linken Seite ein durchweg pneumatisches Gefüge vorhanden ist, sieht man auf der rechten Seite das Innere des Warzenfortsatzes in eine grosse Höhle verwandelt, die nach aussen von völlig sklerotischem Knochen, ohne jegliche pneumatische Hohlräume und ohne Diploë, umgeben ist. Die erwähnte Höhle ist entstanden aus einer Verschmelzung der Pauken- und Warzen-

höhle, sowie des ganzen Gehörganges. Die äussere Oeffnung des Gehörganges ist vor allem schon dadurch erweitert, dass alle seine Wandungen usurirt sind; namentlich ist die hintere und obere Wand gänzlich verschwunden. Auch die untere Wand ist tief ausgehöhlt. In der Paukenhöhle ist das Promontorium mit den Fensteröffnungen normal. Der Facialiscanal ist oberhalb des ovalen Fensters auf etwa 6 mm. Länge in eine offene Halbrinne verwandelt; etwas darüber ist der Vorhof eröffnet. Die Höhle erstreckt sich nach oben bis zum tegmen tympani et antri, welches in grosser Ausdehnung gleichmässig hell durchscheinend vorliegt. Nach hinten reicht sie bis nahe an die Flexura sigmoidea des Sulcus transversus, so dass auch hier der Knochen durchscheinend ist. Nach aussen erstreckt sich die Höhle bis an die Corticalis des Warzenfortsatzes heran; ihre Aussenwand ist stellenweise nur 2 mm. dick und in der Fossa mastoidea (Bezold) besteht eine erbsengrose Perforation nach aussen mit glatten und abgerundeten Rändern. Die Höhe des Hohlraumes beträgt 25 mm; die Ausdehnung von vorne nach hinten 23 mm; die Entfernung vom Promontorium bis zur äusseren Wand der Höhle 21 mm. Zwischen Pau-

höhle und fossa jugularis, sowie zwischen Pauhöhle und Carotiscanal bestehen keine Lücken. Die Gesammtgestalt des Hohlraumes ist im wesentlichen eine der Kugel nahe kommende, was namentlich dadurch zu stande gebracht worden ist, dass der Gehörgang selbst an der Höhlenbildung beträchtlichen Anteil nimmt, und dass die in ähnlichen Fällen schon stark hervorragende Schwelle zwischen Pauken- und Warzenhöhle (vergl. die anderen Falle) hier stark abgeflacht erscheint. Die Höhle ist überall glattwandig; ihre Innenfläche glänzt, es ist keine Spur von einem carioesen oder nekrotischen Process oder von Osteophytenbildung zu erkennen, sondern es handelt sich um eine vollständig ausgeheilte Knochenfläche. Bei der Besichtigung des Schläfenbeins vom Innern des Schädels aus ergiebt sich keine Verschiedenheit zwischen rechts und links, keine Dehiscenzen und keine erweiterten Gefässlöcher sind vorhanden.

Von der Krankheitsgeschichte und Todesursache des Falles wissen wir nichts. Aber der anatomische Befund lässt mit aller Bestimmtheit erkennen, das es sich hier um eine Höhlenbildung handelt, die nur durch ein riesiges Cholesteatom entstanden sein kann. Schon die mehr als in

ähnlichen, Fällen auffallende Kugelgestalt der Höhle, die nur durch eine gleichmässige, allseitige Vergrösserung bewirkt sein kann, deutet auf eine allseitig gleichmässige Knochenusur, der allein die harte Knochensubstanz der Schnecke und die resistente, durch Osteosklerose eburnisirte Corticalis, beziehungsweise lamina vitrea Wiederstand geleistet hat. Eine Einschmelzung des Knochens von solch einer regelmässigen Form — Kugelgestalt — kann keinesfalls durch einen einfachen Eiterungsprocess im Knochen, auch nicht urch hinienwachsen von Epidermis in die Mittelohrräume, sondern nur durch einen sich vergrössernden wahren Tumor, und an der in Betracht kommenden Stelle nur durch ein Cholesteatom entstanden sein. Aber wir dürfen noch weitergehen und annehmen, dass das Cholesteatom ausgeheilt d. h. spontan ausgestossen war, und dass die Heilung längere Zeit bestanden haben muss. Das Cholesteatom ragte, solange es vorhanden war mit einem grossem Teile seiner Oberfläche in den Gehörgang hinein, war also in Berührung mit der Aussenwelt. In solchen Fällen aber bestehen aus leicht begreiflichen Gründen und nach allgemeiner Erfahrung stets Entzündungsprocesse in der Umgebung des Tu-

mors, die ihre Spuren durch Rauhigkeit und Necrose am Knochen deutlich aufzeichnen. Im vorliegenden Falle ist jedoch die Innenfläche der Höhle überall glatt und glänzend und beweist somit, dass entzündliche Vorgänge bereits seit längerer Zeit nicht mehr eingetreten sind. Von den folgenden drei Fällen können wir nicht mit Bestimmtheit sagen, dass es sich ebenfalls nur um wahre Cholesteatome gehandelt habe, sondern können nur die klinische Diagnose: „chronische Eiterung mit zeitweiliger Anstossung cholesteatomatoeser oder cholesteatomähnlicher Massen" stellen.

II. Fall.

Frau Mass, 46 Jahre alt, Wäscherin in Frankfurt a. M., kam am 23. 3. 88. zum ersten Male zur Beobachtung. Sie will seit Jahren an einer Eiterung aus dem rechten Ohr gelitten haben, beachtete dieselbe jedoch nicht weiter. Erst jetzt veranlassten sie leichte Schmerzen in der Tiefe des Ohres, Hülfe aufzusuchen. Der rechte Gehörgang erwies sich gefüllt mit einem harten Pfropfen, der aus Cerumen, eingedicktem stinkenden Eiter und dünnen Epidermislamellen bestand. Nach der Entfernung des Pfropfes zeigten sich in der Tiefe polypöse Granulatio-

nen, welche teils mit dem Schlingenschnürer beseitigt, teils mit der an einer Silbersonde angeschmolzenen Chromsäureperle weggeätzt wurden. Wiederholt konnten dann noch teils mit der Spritze, teils mit der kleinen knieförmigen Zange cholesteatomartige schalenförmige Maasen aus der Paukenhöhle herausbefördert werden. Nach völliger Entfernung der Granulome bot sich nun folgender Anblick dar:

Die untere Hälfte des Trommelfels ist erhalten, sie zeigt mehrere kleine atrophische Narben. Ihre obere Grenze entspricht vorne dem processus brevis des Hammers, hinten der Spitze des Hammergriffs. Ueber diesem erhaltenen Trommelfelteil ragt der Kopf des Hammers hinaus, welcher dadurch sichtbar geworden ist, dass die laterale knöcherne Wand der Paukenhöhle nebst einem Teil der oberen Wand des knöchernen Gehörganges fehlt, so dass der obere Teil der Paukenhöhle und das ganze tegmen tympani übersehen werden können. Der Knochendefect geht so weit nach hinten, dass auch der grösste Teil der Warzenhöhle sichtbar geworden ist. Entsprechend der hintern Wand der Paukenhöhle erhebt sich allmählich ansteigend eine Leiste, welche die noch wohl erhaltene

Schwelle zwischen Pauken und Warzenhöhle bildet, innerhalb welcher der Facialis herabsteigt. Von Hammerkopf zieht an das mediale Ende dieser Schwelle horizontal nach hinten und innen ein bindegewebiger Strang. Das Aufhängeband des Hammers fehlt vollkommen. Der Steigbügel ist erhalten und in dem Winkel zwischen Hammergriff und hinterm oberen Rande des Trommelfellrestes sichtbar.

Im September 1888 bestand immer noch spärliche Eiterung aus dem Antrum. Jetzt wurde die Capacitaet der Höhle gemessen und hierbei ergab es sich, dass die Höhle doppelt soviel Wasser fasste als der linke normale Gehörgang. Im Januar 1889 senkte sich vom tegmen tympani ein Granulom herab, das mit der Schlinge abgetragen wurde. Im Juli 1890 kam die Kranke wieder zur Untersuchung. Die Höhle war mit eingedickten, cholesteatomähnlichen Massen angefüllt und wurde mit der Spritze und einer kleinen Zange ausgeräumt. Nach wenigen Wochen war der Hohlraum trocken und ist von da ab bis jetzt, länger als 4 Jahre, trocken geblieben. Die Kranke wurde im März 1895 vom Herrn Professor Körner bei einem Aufenthalte in Frankfurt zum letzten Male

untersucht.

III. Fall.

Emil Anderson, 16 Jahre alt, Hofgänger, giebt an, dass bereits von seiner Geburt an aus seinem linken Ohr Ausfluss bestanden habe, und er Ohrensausen und Schmerzen gehabt hätte. Auch das rechte Ohr erkrankte, wiewohl weniger heftig. Dieser Krankheitszustand hielt bis zum achten Lebensjahre des Patienten an. Im Juni 1895 überstand er in hiesiger Klinik eine Pneumonie und wurde dann wegen seines schlechten Hörvermögens der Poliklinik für Ohren-und Kehlkopfkranke überwiesen.

Befund am 28. VII. 95. Bei Inspection des rechten Gehörganges erkennt man am Trommelfell eine ungefähr erbsengrosse, trockene Perforation. Der Hammer und ein Teil des Perforationsrandes sind mit der medialen, epidermisirten Paukenhöhlenwand verwachsen. Im linken Gehörgang findet sich ein obturirender Pfropf von grau brauner Farbe, als dessen Kern die Sondirung einen harten Körper erkennen lässt. Der Versuch denselben mit einer kleinen Zange herauszuziehen misslingt ; auch durch Ausspritzen vermag man ihn nicht zu entfernen.

Der Patient wird nur zwei Tage lange mit

Glycerineinträufelungen, welche die Umhüllung des beschriebenen Körpes erweichen und diesen selbst schlüpfrig machen sollen, behandelt, worauf dann die Entfernung desselben gelingt. Der herausgenommene Pfropf ist cr. 2,5 cm. lang und 1,5 cm. dick. Die äussere Umhüllung, eine krümelige Masse von grau brauner Farbe, besteht aus Cerumen und erweichten Epidermismassen. Im Innern des Pfropfes befindet sich ein cr. 1,5 cm. langer, harter Körper von pyramidenförmiger Gestalt. Bei näherer Betrachtung erweist sich derselbe als alter, kaum mehr als solcher erkennbarer Sequester. Die microscopische Untersuchung der krümmligen Massen stellt fest, dass dieselben grossenteils aus erweichter Epidermis bestehen Bei der nun vorgenommenen Besichtigung des Gehörganges zeigt es sich, dass die ganze Paukenhöhle, einschliesslich des recessus epitympanicus, das antrum mastoideum und der hintere Teil das Gehörgangs in eine einzige grosse Höhle verwandelt sind. Die Gegend des Promontorium zeigt sich eingesunken und zerklüftet. Die Gehörknöchelchen fehlen; die Höhle ist völlig mit Epidermis ausgekleidet. An einer kleinen Stelle der medianen Antrumwand scheint die Epidermis

in mehreren Lagen geschichtet zu sein. Einige Tage nach Entfernung des Pfropfes ist die Höhle ganz trocken, nur die erwähnte kleine Stelle noch etwas feucht. Bei der Stimmgabelprüfung will Patient nur rechts Schallempfindung haben. Er entzieht sich der weiteren Beobachtung.

IV. Fall.

Amalie Damke, 38 Jahre alt, Haarkräuslerin in Rostock, hatte zum ersten Male im Jahre 1883 eine geringe, angeblich schmerzlos entstandene Eiterung aus dem rechten Ohre bemerkt, dieselbe jedoch nicht weiter beachtet. Mitte März 1884 erkrankte sie mit Schwindel, Uebelkeit und heftigem Kopfschmerz; dazu stellte sich später Erbrechen ein, und der Schwindel nahm zugleich so zu, dass es der Kranken unmöglich war sich aufrecht zu halten. Nachdem dieser Zustand 10 Tage lang angehalten hatte, trat eine erhebliche Besserung ein. Die Behandlung bestand in dem Auflegen einer Eisblase auf den Kopf. Erst im Mai 1884 wurde Professor Lemcke consulfirt. Dieser soll mehrmals Polypen und weissliche Häute entfernt, sowie einmal einen Schnitt im Gehörgang gemacht haben. Im Juli hörte die Eiterung auf und die Kranke war wieder im Stande ihrem Berufe nachzugehen.

Im Februar 1885 trat eine mässige Blutung aus dem Ohr ein; nach kurzer Behandlung mit Jodoform ist dann dasselbe bis heute trocken geblieben.

Befund am 3. VIII. 95.

Die Kranke klagt nur über Schwerhörigkeit auf dem rechten Ohr; sie hört auf diesem nur laute Sprache direct am Ohr. Die Stimmgabel wird vom Scheitel aus nach dem linken (gesunden) Ohr hin gehört. An dem Warzenfortsatz ist äusserlich keine Veränderung wahrzunehmen. Beim Einblick in den Gehörgang ergiebt sich folgendes:

Man sieht in eine grosse, mit Epidermis ausgekleidete Höhle. Dieselbe ist gebildet aus dem Gehörgang, dem recessus epitympanicus und dem antrum mastoideum. Auf dem Grunde dieses Hohlraumes bemerkt man eine von aussen nach innen sanft ansteigende Leiste, welche denselben in zwei Teile scheidet. Diese Leiste stellt die Schwelle dar, welche Pauken und Warzenhöhle von einander abgrenzt, und in welcher der nervus facialis von der hinteren Paukenhöhlenwand kommend und sich nach unten biegend verläuft. Das Promontorium und die beiden Fensteröffnungen sind in ihrer Gestalt recht gut erkennbar. Die Decke der Pauken

und Warzenhöhle lässt sich sehr gut übersehen; die Gehörknöchelchen fehlen. Eine Ueberproduction von Epidermis findet in der Höhle nicht statt. Vom November 1894 bis Ende August 1895, in welcher Zeit Herr Professor Körner die Kranke beobachtet hat, sind nur einmal einige dünne, vollkommen trockene Epidermislamellen mit der Pincette entfernt worden. Der Versuchung, die Capacitätsbestimmung der Höhle durch Wasser vorzunehmen, haben wir widerstanden, weil die Erweichung der Epidermis leicht eine neue Eiterung hätte begünstigen können.

Diese vier hier beschriebenen Fälle sollen keineswegs eine abschliessende Arbeit darstellen, die sollen vielmehr zu weiteren Beobachtungen auf dem Gebiete der Spontanheilungen von Ohrcholesteatomen und ähnlichen Krankheitsprocessen anregen. Die Beobachtung des Verlaufs solcher Erkrankungen und das Bild, welches dieselben im einzelnen Falle darbieten, werden sicherlich massgebende Anhaltspunkte für das Einschlagen des richtigen Weges beim operativen Vorgehen zu Tage fördern, wodurch dann auch eine grössere Sicherheit des Heilerfolges wird erzielt werden können. Aus unseren Untersuchungen scheint einstweilen hervorzugehen, dass sowohl wahre

Cholesteatome (Fall I), als auch nach seither üblichem Gebrauch klinisch als Cholesteatom bezeichnete Fälle von Epidermisanhäufung in den Mittelohrräumen unter Bildung einer Knochenhöhle sponten durch den Gehörgang ausgestossen werden und hierdurch zur Heilung kommen können. Es ist deshalb nach unserer Meinung das Bestreben gerechtfertigt, Cholesteatome wie cholesteatomähnliche Epidermis-Anhäufungen in den Mittelohrräumen operativ noch der Zaufal'schen Methode ohne permanente retroauriculäre Oeffnung zu heilen. Die weitere Beobachtung hat darauf zu achten, in welchen Fällen diese Methode sich als ausreichend erweist.

Druckfehlerverzeichnis:

Seite	7	Zeile	13	jedem	statt jeden
"	"	"	26	Capacität	„ Capalität
"	8	"	4	Spontanheilungen	„ Spontanheilung
"	"	"	6	usurirenade	„ ursurirende
"	"	"	17	Cholesteetom	„ Cholestantom
"	"	"	2	homolog	„ humologe
"	9	"	7	mehrerer	„ mehrere
"	"	"	17	Litteratur	„ Literatur
"	10	"	23	heterolog sole	„ heterologischer
"	"	"	1	mastoideum	„ mestoideum
"	12	"	14	Mittelohrräume	„ Mittelohrräumen
"	"	"	20	Mittelohrschleimhaut	„ Mittelohrschleimheit
"	"	"	6	ausgehöh lt	„ ausgehölt.
"	17	"	13	Innenfläche	„ Innenfläsche
"	18	"	12	durch ein Hineinwachsen	durch hineinwachsen
"	19	"		„nur" fällt fort	
"	20	"	10	Trommelftlls	„ Trommelfels
"	"	"	15	Trommelfellteil	„ Trommelfellteil
22	"	"	12	Hörv ermögens	„ Hörvermögen
"	"	"	26	nun	„ nur
24	"	"	3	erwähnte	„ erwehnte
"	"	"	21	Professor	„ Profesor
"	"	"	22	consultirt	„ consulfirt
27	"	"	5	spontan	„ sponten
"	"	"	10	nach	„ noch.

Zum Schlusse erfüllt Verfasser die angenehme Pflicht Herrn Professor Dr. Körner den herzlichsten Dank auszusprechen für die gütige Ueberlassung des Krankenmaterials sowohl, als auch für die liebenswürdige Unterstützung, die er ihm bei der Ausführung und Abfassung der Arbeit hat zuteil werden lassen.